



Qualitätsbericht 2006

gemäß § 137 SGB V
der Rheinischen Kliniken
für Orthopädie Viersen
Kompetenz in Orthopädie



Qualität für Menschen

Inhalt

Einleitung	3
Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-3 Standort(nummer)	5
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	5
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	6
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	7
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	7
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	8
A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:	8
Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	9
B-1 Fachabteilung Rheinische Klinik für Orthopädie	9
B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	9
B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung	9
B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	10
B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	10
B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	10
B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD	10
B-1.7 Prozeduren nach OPS	10
B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	11
B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	11
B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	11
B-1.11 Apparative Ausstattung	12
B-1.12 Personelle Ausstattung	12
Teil C – Qualitätssicherung	13
C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	13
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	17
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	17
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	17
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	17
C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)	17
Teil D – Qualitätsmanagement	18
D-1 Qualitätspolitik	18
D-2 Qualitätsziele	21
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	22
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	23
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	25
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	27

Einleitung



Ansicht der Station 10 und 11

Die Rheinische Klinik für Orthopädie ist Kompetenzzentrum für operative und nicht operative Behandlungen des Bewegungs- und Stützapparates. Die Orthopädie Viersen steht in der Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland. Die Klinik wurde 1921 gegründet und weist eine hohe orthopädische Tradition auf. Sie hat 120 orthopädische und 40 rheumatologische Betten verteilt auf sieben Stationen. Insgesamt sind ca 140 Mitarbeiter im Bereich Medizin, Therapie und Pflege beschäftigt. Die Verwaltung wurde im Jahr 2004 ausgegliedert und mit der Verwaltung der Rheinischen Kliniken Viersen und des Heilpädagogischen Heimes als Servicebetrieb Viersen zusammengeführt. Das Einzugsgebiet der Klinik ist von Emmerich am Niederrhein bis nach Aachen, Köln ins Rheinland. Ihr Anspruch ist es, den Menschen gleichermaßen bewährte wie moderne orthopädische Therapien anzubieten. Ein breites Spektrum der chirurgischen Orthopädie, wie

- Hüftendoprothetik (konventionell und minimalinvasiv, Navigation, Oberflächenersatz (Mc Minn), Kurzschaftprothesen (MajoProthese))
- Knieendoprothetik (konventionell und minimalinvasiv, Navigation, Gender Knie, High Flex Knie, Schlittenprothesen)
- Arthroskopien (u.a Schulter, Hüfte, Knie, Oberes Sprunggelenk)
- Wirbelsäulenchirurgie (Hals- und Lendenwirbelsäule, minimalinvasiv)
- Ambulantes Operieren
- Nichtoperative Wirbelsäulenerkrankungen
- Schmerztherapie
- Physiotherapie

stehen den Patienten zur Verfügung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind der Garant für die gute Qualität der Klinik. Ein hochqualifiziertes Ärzte,- Pflege- und Therapeuten-

team steht für die Behandlung der Patienten zur Verfügung. Bei der Behandlung der Patienten nehmen strukturierte, patientenorientierte Abläufe einen hohen Stellenwert ein. In unseren regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen erhält die Rheinische Klinik für Orthopädie die Bestätigung ihrer guten Arbeit. Auch außerhalb der Klinik besteht ein ständiger Austausch mit den externen Partnern, wie u.a. Reha Partnern, Kostenträgern, Einweisern und dem Servicebetrieb Viersen. Eine große Rolle spielt auch die hohe Qualität der angebotenen Serviceleistungen für die Patienten. Ihre Unterbringung erfolgt in modernen Zimmern, die alle mit Dusche und WC, Telefon und Fernseher ausgestattet sind. Teilweise haben die Zimmer darüber hinaus einen Balkon und einen Internetanschluss.

Ansprechpartner:

Beatrix Heggen-Bogard, Qualitätsmanagement

Tel.: +49 (0) 2162 96 6244, Fax: +49 (0) 2162 96 6111, beatrix.heggen-bogard@lvr.de

Links:

www.orthopaedie-viersen.lvr.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Prof. Dr. med. Dietmar Pierre König, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:
Rheinische Klinik für Orthopädie Viersen
Horionstr. 2
41749 Viersen
Tel.: 0049 / 02162 - 9660
Fax: 0049 / 02162 - 966327
E-Mail: rko.viersen@lvr.de
Homepage: www.orthopaedie-viersen.lvr.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260511393

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:
Landschaftsverband Rheinland
Art:
öffentlich

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Die Rheinische Klinik für Orthopädie ist eine Fachklinik für Orthopädie und bildet eine Fachabteilung. Die Klinik hat 160 Betten, 120 orthopädische und 40 rheumatologische Betten. Die Klinik wird als Eigenbetrieb innerhalb der Trägerschaft des Landschaftsverbands Rheinland geführt. Verantwortlich ist die Betriebsleitung, vertreten durch den Kaufmännischen Direktor, dem Ärztlichen Direktor und der Pflegedirektorin.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP02	Akupunktur	
MP04	Atemgymnastik	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP29	Osteopathie/ Chiropraktik	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	u. a. Rheumaliga, Sport für betagte Bürger

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA25	Fitnessraum	
SA27	Internetzugang	Teilweise in den Zimmern vorhanden
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA36	Schwimmbad	Therapeutisches Bewegungsbad temperiert auf 33 Grad
SA37	Spielplatz	
SA38	Wäscheservice	
SA39	Besuchsdienst/ „Grüne Damen“	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	
SA00	Sonstiges	Tageszeitung

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Der Ärztliche Direktor besitzt die außerplanmäßige Professur an der Universität Köln. Er hält Vorlesungen zum Thema Sportmedizin und führt Blockpraktika an der Universität durch. Die Klinik hat eine Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt für Orthopädie. Die Ermächtigung für die Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie /Unfallchirurgie, spezielle orthopädische Chirurgie ist beantragt. Der Ärztliche Direktor betreut Doktorarbeiten, insbesondere zu Verfahren der Schmerztherapie, zur Endoprothetik und der Navigation. Bei nationalen und internationalen Kongressen hält er regelmäßig Vorträge. Zahlreiche Publikationen liegen von ihm vor. Die Rheinische Klinik für Orthopädie unterhält in Zusammenarbeit mit den Rheinischen Kliniken Viersen eine Schule für Pflegeberufe mit 50 Plätzen.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

160 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Vollstationäre Fallzahl: 2765

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise: 6337

Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Fachabteilung Rheinische Klinik für Orthopädie

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Rheinische Klinik für Orthopädie
 Art der Abteilung:
 bettenführende Hauptabteilung
 Fachabteilungsschlüssel: 2300

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Rheinische Klinik für Orthopädie:	Kommentar / Erläuterung:
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik	Konventionelle und minimalinvasive Hüftendoprothetik Hüftendoprothetik mit Navigation Oberflächenersatz (Mc Minn, ASR) Kurzschaftprothesen (Majo Prothese) Konventionelle und minimalinvasive Knieendoprothetik Knieendoprothetik mit Navigation Gender Knie, High Flex Knie Schlittenprothesen Schulterendoprothetik (incl. Kappenprothesen) Sprunggelenksendoprothetik
VC30	Septische Knochenchirurgie	Wechsel von Totalendoprothesen, Behandlung von Knochenentzündungen
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Operative und Nichtoperative Behandlungsmethoden der Wirbelsäule (Halswirbel- und Lendenwirbelsäule minimalinvasiv), Schmerztherapie, Versteifungsoperation, Nucleoplastie, Epiduroskopie
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	Arthroskopien an der Schulter, Ellenbogen und Handgelenk, an der Hüfte-, dem Knie und dem Oberen Sprunggelenk. Synovektomien Arthroskopische Kreuzbandplastik (BTB und Transfix) Knorpeltransplantationen
VO12	Kinderorthopädie	Klumpfuß, Spitzfuß M. Perthes, Epiphysenlösung Korsettversorgung bei Skoliose Extensions- und Repositionsverfahren bei Hüftluxation Sonographie der Säuglingshüfte

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2765

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	M54	636	Rückenschmerzen
2	M51	504	Sonstiger Bandscheibenschaden
3	M75	450	Schulterverletzung
4	M16	322	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
5	M17	190	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
6	M23	170	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
7	T84	75	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
8	M20	41	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
9	M25	40	Sonstige Gelenkkrankheit
10	M80	36	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
11	M53	33	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist
12	M22	31	Krankheit der Kniescheibe
13	M19	28	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)
14	S83	22	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-814	424	Operativer, wiederherstellender Eingriff an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
2	5-820	331	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
3	5-831	269	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
4	5-810	188	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung
5	5-822	122	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
6	5-812	84	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
7	5-839	83	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
8	5-788	45	Operation an den Fußknochen
9	5-821	38	Erneute Operation, Wechsel bzw. Entfernung eines künstlichen Hüftgelenks
10	5-805	25	Operativer, wiederherstellender Eingriff an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks
11	5-811	22	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
12	5-787	21	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochen-teilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
13	5-804	17	Operation an der Kniescheibe bzw. ihren Bändern
14	5-782	16	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Top 10 Ambulante Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	Absolute Fallzahl:
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung	45
2	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	37
3	5-810	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung	23
4	5-056	Eingriff mit Aufhebung der Nervenfunktion oder zur Druckentlastung eines Nerven	<= 5
4	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenerkrankung	<= 5
4	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochen-teilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	<= 5
4	5-788	Operation an den Fußknochen	<= 5
4	5-800	Erneute operative Begutachtung und Behandlung nach einer Gelenkoperation	<= 5
4	5-813	Operativer, wiederherstellender Eingriff an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	<= 5
4	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	<= 5

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA24	OP-Navigationsgerät	[24h verfügbar]
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	[24h verfügbar]
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	[24h verfügbar]

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte): 12,1

Davon Fachärzte: 5,4

Belegärzte (nach § 121 SGB V): 0

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt: 65,6

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung): 54,7

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung): 14,7

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP01	Altenpfleger	
SP02	Arzthelfer	
SP04	Diätassistenten	
SP05	Ergotherapeuten	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP21	Physiotherapeuten	

Teil C – Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich:	Fallzahl:	Dokumentationsrate in %:	Kommentar:
Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Koppelung an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie, isolierte Koronarchirurgie			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	332	100	
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	33	100	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	<20	80	Ein hier fehlender Bogen wurde der Hüftendoprothesen Erstimplantation vom EDV System zugeordnet, deshalb liegt die Dokumentationsrate dort bei >100%
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	142	100	
Knie-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	<20	100	
Gesamt	512	100	

Da das BQS- Verfahren zur Dekubitusprophylaxe an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie gekoppelt ist, existieren hier keine gesonderten Angaben über Fallzahlen und Dokumentationsrate. Fallzahl und Dokumentationsrate im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe können aus den Angaben in den jeweiligen Leistungsbereichen abgelesen werden.

C-1.2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren:

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahlbezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(4) Vertr.-bereich:	(5) Ergebnis (Einheit):	(6) Zähler / Nenner:	(7) Referenzbereich (bundesweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Hüftgelenkersatz Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	0,1 - 2,2	0,6 %	entfällt	<= 3%	
Hüftgelenkersatz Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesenluxation	8	0,2 - 2,7	0,9 %	entfällt	<= 5%	
Hüftgelenkersatz Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	8	0,7 - 3,9	1,8 %	6 / 332	<= 9%	
Kniegelenkersatz Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	0,0 - 2,6	0,0 %	0 / 142	<= 2%	
Kniegelenkersatz Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	8	0,0 - 2,6	0,0 %	0 / 142	<= 6%	

C-1.2 A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind.

C-1.2 B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung:

C-1.2 B.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt:

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahlbezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(4) Vertr.-bereich:	(5) Ergebnis (Einheit):	(6) Zähler/Nenner:	(7) Referenzbereich (bundesweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Dekubitusprophylaxe Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei der Versorgung mit künstlichem Gelenkersatz an Hüfte und Knie	Dekubitusprophylaxe bei elektiver Endoprothetik von Knie und Hüfte: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 2,3% (90% Perzentile)	
Dekubitusprophylaxe Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei hüftgelenknahen Oberschenkelbrüchen	Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	8	0 - 60,3	0,0 %	entfällt	<= 5,6% (90% Perzentile)	
Dekubitusprophylaxe Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei der Versorgung mit künstlichem Gelenkersatz an Hüfte und Knie	Dekubitusprophylaxe bei elektiver Endoprothetik von Knie und Hüfte: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 1,7% (90% Perzentile)	

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(4) Ver- tr.- be- reich:	(5) Er- geb- nis (Ein- heit):	(6) Zäh- ler/ Nen- ner:	(7) Refe- renz- bereich (bundes- weit):	(8) Kom- men- tar / Er- läute- rung:
Dekubitusprophylaxe Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei hüftgelenknahen Oberschenkelbrüchen	Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	8	0 - 60,3	0,0 %	entfällt	<= 7,9% (90% Perzentile)	

C-1.2 B.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind:

C-1.2 C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren :

C-1.2 C.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt:

C-1.2 C.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind:

In der Spalte 3 Bewertung durch Strukt. Dialog ist in den Unterabschnitten C-1.2 A.I, C-1.2 B.I und C-1.2 C.I die Bewertung des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste ist die zutreffende Zahl ausgewählt:

- 8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich
- 1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft
- 6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft
- 2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft,
in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden
- 3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet
- 4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet
- 5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft
- 9 = Sonstiges
- 0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich,
da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistungsbereich:	Mindestmenge:	Erbrachte Menge:	Ausnahmeregelung:
Knie-TEP	50	160	Nein

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

trifft nicht zu / entfällt

Teil D – Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Leitbild, Vision, Mission:

In der Rheinischen Klinik für Orthopädie steht grundsätzlich der Patient im Mittelpunkt des Handelns aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ziel des Qualitätsmanagements der Rheinischen Klinik für Orthopädie ist die bestmögliche Versorgung der Patienten unter dem Aspekt hoher medizinischer Qualität, aber auch nach den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit. Die gute Zusammenarbeit mit Kunden und Partnern im gegenseitigen Austausch spielt eine große Rolle. Mitarbeiterorientierung zur Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Berufsausübung haben eine hohe Priorität. Stärken und Schwächen werden in den Strukturen, den Arbeitsabläufen und den Ergebnissen der Klinik durch eine systematische Evaluation identifiziert und laufend Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

Patientenorientierung:

Ziel des Qualitätsmanagements der Rheinischen Klinik für Orthopädie ist die bestmögliche Versorgung der Patienten unter dem Aspekt hoher medizinischer Qualität und Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit.

Dies bedeutet :

- die Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsplanung,
- die Aufklärung über Diagnose und Therapie,
- die Anwendung aktueller Standards und Leitlinien,
- die Bereitstellung angemessener Hotelleistungen
- das Angebot von ambulanten und stationären Leistungen

Verantwortung und Führung:

Die Betriebsleitung ist für die Steuerung des Qualitätsmanagements der Rheinischen Klinik für Orthopädie verantwortlich. In den regelmäßig stattfindenden Betriebsleitungssitzungen und Strategieworkshops werden Planungen zum Qualitätsmanagement entwickelt und deren Umsetzung beschlossen. Die obere und mittlere Führungsebene wurde in Elementen des Qualitätsmanagements geschult. Im Rahmen der Einführung von EFQM wurde ein Assessorentraining vorgenommen, ebenso fanden Schulungen für die momentan laufende Vorbereitung zur Zertifizierung nach KTQ statt. Qualitätsmanagement ist ein ständiger Besprechungspunkt in allen Gremien des Krankenhauses.

Mitarbeiterorientierung und -beteiligung:

Ein wesentlicher Faktor zur Erreichung hoher Qualität ist für die Rheinische Klinik für Orthopädie eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit.

Beteiligung an und Information über Projekte des Qualitätsmanagements sind selbstverständliche Maßnahmen.

Die Berücksichtigung der Mitarbeiterinteressen ist ein zentrales Element des EFQM-Ansatzes und konkretisiert sich in der Klinik zum Beispiel durch:

- Mitarbeitergespräche
- Mitarbeiterbefragungen
- Frauenförderung
- Flexible Arbeitszeiten
- Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung
- Angebot und Unterstützung von Fort- und Weiterbildungen
- Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Projektarbeit

Wirtschaftlichkeit:

Eine Zielsetzung ist wirtschaftliches und Ressourcensparendes Handeln in allen Bereichen des Unternehmens. Dies wird mit Hilfe u.a.

- der internen Budgetierung,
- einem gezielten Controlling
- Finanz- und Wirtschaftsplanung
- durch Evaluation und Revision von Prozessen
- durch Kostentransparenz den Mitarbeitern gegenüber
- Energieeinsparung
- Abfallmanagement

erreicht.

Prozessorientierung:

In Prozessworkshops werden Faktoren wie Regelung und Abstimmung zeitlicher Abläufe, Personaleinsatz, Verantwortlichkeiten, erforderliche Arbeitsmittel und räumliche Bedingungen von Arbeitsabläufen untersucht. Prozesse werden an vorgegebenen Zielsetzungen ausgerichtet, gestaltet und optimiert. Im Vordergrund stehen aufeinander abgestimmte Behandlungsabläufe - von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten. Berücksichtigung finden natürlich hierbei auch patientenfernere Abläufe, wie u.a. die Speisenversorgung, das Bestellwesen, das Finanzmanagement, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung unerlässlich sind.

Ein Beispiel ist das Projekt zum „Aufbau eines ambulanten Operationsbereiches“, siehe hierzu Kapitel D5.

Zielorientierung und Flexibilität:

Unsere Planungen zielen auf eine systematische Entwicklung, eine umfassende Vermittlung und die zielgerichtete Umsetzung von Qualitätsmanagement Projekten. Die Verbindlichkeit des Qualitätsmanagement basiert auf dem Qualitätsmanagement Projekt des Trägers, für welches übergreifende Ziele durch einen Projektlenkungsausschuss definiert wurden. Alle Ziele der Klinik stehen hiermit im Einklang. In einem regelmäßig stattfindenden Workshop bestehend aus Betriebsleitung, Finanzleitung, Controlling, Oberärzten und Qualitätsmanagementbeauftragter werden Qualitätsziele definiert und festgelegt. Die Ziele orientieren sich stets an den aktuellen Bedürfnissen der Einrichtung.

Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern:

Durch die Entwicklung von Standards und Leitlinien und die ständige Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter soll das Auftreten von Fehlern weitgehend vermieden werden. Treten dennoch Fehler auf, so werden sie als Chance der Verbesserung stets genutzt. Durch eine hohe Transparenz und eine gute Informationspolitik soll ein erneutes Auftreten vermieden werden.

Folgende Instrumente stehen zur Vermeidung und Erkennung von Fehlerpotentialen zur Verfügung:

- Dienstanweisungen
- Rundverfügungen
- Begehungen z.B. in den Bereichen Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz
- Strukturiertes Beschwerdemanagement
- Besprechungen, Dienstübergaben
- Leitlinien
- Standards
- Analyse von Prozessen
- Regelmäßige Chef- und Oberarztvisiten

Kontinuierlicher Verbesserungsprozeß:

Grundlage unseres Qualitätsmanagementsystems ist der PDCA-Zyklus (**P**lan- **D**o- **C**heck- **A**ct). Systematische Planung, bei der auch Ziele und Verantwortlichkeiten festgelegt werden, ist Vorausset-

zung unseres Handelns. Durch Überprüfung unserer Arbeit anhand unserer Planungen und den ggf. daraus resultierenden Maßnahmen, ist er ein Entwicklungszyklus, der zu einem „kontinuierlichen Verbesserungsprozess“ führt.

Information an Patienten:

Eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit ist heute auch für Unternehmen im Bereich des Gesundheitswesens ein wichtiger Faktor. Im Rahmen des Projektes „Öffentlichkeitsarbeit“ (s. auch Kapitel D5) werden in der Rheinischen Klinik für Orthopädie Patienteninformativnachmittage zu unterschiedlichen Themen, wie im Jahr 2006 zu Hüftendoprothetik und Wirbelsäulenerkrankungen veranstaltet. Der Internetauftritt der Klinik wird unter dem Aspekt der Erreichung einer großen Öffentlichkeit evaluiert und ständig neu überarbeitet. In der örtlichen, aber auch überörtlichen Presse erscheinen regelmäßig Informationen über die Leistungen der Klinik in allen Bereichen. Darüber hinaus werden Flyer und Broschüren den Patienten und Interessierten zur Verfügung gestellt.

Information an Mitarbeiter:

Informationen erhalten die Mitarbeiter durch das regelmäßige Besprechungswesen der Klinik. Welche Besprechungen wann erfolgen ist in der für jeden Mitarbeiter zugänglichen Gremienübersicht einsehbar. In regelmäßig stattfindenden Besprechungen aller Bereiche findet regelmäßig Information über aktuelle Qualitätsmaßnahmen statt. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist am überwiegenden Teil der Besprechungen beteiligt. Über eine jährlich erstellte und ausgegebene Fortbildungsübersicht erhält jeder Mitarbeiter Informationen über das Fortbildungsangebot der Klinik. Die einzelne Fortbildung wird darüber hinausgehend im ganzen Klinikbereich durch Plakate angekündigt. Ein zentraler Ordner und der Gebrauch von Email ermöglicht das Ablegen bzw. das Weiterleiten wichtiger Informationen.

Information an niedergelassene Ärzte:

In regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen erhalten die niedergelassenen Ärzte neben medizinischen Fachinformationen auch Informationen zu den Prozessen innerhalb der Klinik. Im Jahr 2006 wurde erstmalig der Kongress Unfallchirurgie/ Orthopädie Update 2006 veranstaltet. In einem regelmäßig erscheinenden kurzen „Newsletter“ bekommen die Ärzte zeitnah aktuelle schriftliche Informationen. Durch regelmäßige Befragungen werden die Bedürfnisse der Einweisenden Ärzte festgestellt und in die Veränderungsprozesse der Klinik einbezogen.

Zur Schaffung besserer, schnellerer Informationswege u.a. zu ihren Einweisern ist die Rheinische Klinik für Orthopädie Pilotklinik innerhalb des Projektes Einweiserportal / Partnerportal.

D-2 Qualitätsziele

Die Festlegung und die Bekanntgabe von strategischen Zielen obliegt der Betriebsleitung der Klinik. Diese Ziele werden in den wöchentlichen Betriebsleitungssitzungen, bzw. in den regelmäßigen Strategieworkshops definiert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind für die Erfüllung der Ziele innerhalb ihrer Bereiche verantwortlich. Die Überprüfung der Zielerreichung obliegt in weiten Bereichen der Qualitätsmanagementbeauftragten. Anhand von Kennzahlen oder anderen Qualitätsmaßnahmen (siehe dazu Kapitel D4) werden die festgelegten Ziele überprüft und ggf. Verbesserungsmaßnahmen dazu eingeleitet. Die Vorstellung der Ergebnisse erfolgt regelmäßig an die verantwortlichen Mitarbeiter in den entsprechenden Gremien.

Im Einzelnen sind dies:

- Einrichtung und Weiterführung von Qualitätsmanagementstrukturen
- Qualifizierung der Mitarbeiter
- Weiterführung des Prozessmanagementsystems in Abstimmung mit dem Krankenhausinformationssystem
- Durchführung von Befragungen von Patienten, Einweisern und Mitarbeitern
- Ableitung, Umsetzung und Evaluierung von Verbesserungsprojekten
- Dokumentation von zentralen Prozessen
- Zertifizierung nach KTQ
- Strukturierte Öffentlichkeitsarbeit

Alle Qualitätsziele der Klinik stehen im Einklang mit den Grundsätzen des „Projektes 2012“ welche durch Vertreter des Landschaftsverbands Rheinland und den Betriebsleitungen aller Rheinischen Kliniken gemeinsam formuliert wurden.

Im Einzelnen sind dies:

- Zielorientierung der Behandlungsprozesse
- Zielplanungen bei Bau und räumlicher Entwicklung
- Zielplanungen zwischen Trägerverwaltung und Kliniken
- Zielplanungen im Finanzmanagement
- Zielplanungen zur Vernetzung und Unterstützung von Partnerschaften

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

QM-Strukturen:

Der Landschaftsverband Rheinland hat mit seinen neun psychiatrischen Fachkrankenhäusern und der Rheinischen Klinik für Orthopädie zur Einführung des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken ein Vorgehen im Verbund gewählt. Die Vorteile eines Verbundes liegen darin, Umsetzungsschritte und Maßnahmen von Einrichtungsübergreifender Bedeutung koordiniert und effizient durchführen zu können. Der Projektlenkungsausschuss, bestehend aus Mitgliedern der Betriebsleitungen aller Kliniken, der Leitungsebene des Gesundheitsdezernates und einer zentralen Projektleitung, steuert den Aufbau und die Entwicklung des Qualitätsmanagements im Verbund. Der Arbeitskreis der Qualitätsmanagementbeauftragten der Kliniken arbeitet mit der zentralen Projektleitung zusammen, entwickelt innovative Vorschläge, erarbeitet Umsetzungsstrategien für Projekte und spricht Empfehlungen an den Projektlenkungsausschuss aus. Die Betriebsleitung der Rheinischen Klinik für Orthopädie ist für die Steuerung des Qualitätsmanagements verantwortlich. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist als Stabsstelle der Betriebsleitung zugeordnet.

Einbindung in die Krankenhausleitung:

Die Steuerung des Qualitätsmanagement liegt im Verantwortungsbereich der Betriebsleitung. Dazu gehören folgende Aufgaben:

- Festlegung der Qualitätsziele
- Sicherstellung der Umsetzung und Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems
- Sicherstellung und Freigabe der notwendigen Ressourcen
- Interne und externe Kommunikation der Qualitätspolitik und deren Umsetzung

Die Qualitätsmanagementbeauftragte nimmt an den wöchentlichen Sitzungen der Betriebsleitung teil. Hier und in den regelmäßig stattfindenden Strategiesitzungen werden Qualitätsprojekte diskutiert und in Auftrag gegeben. Dort werden Projektleiter und die Zusammenstellung der Projektgruppe, ein Zeitplan etc. festgelegt. Eine regelmäßige Berichterstattung über den Projektfortschritt erfolgt in der Sitzung der Betriebsleitung durch die Qualitätsmanagementbeauftragte. Informationen über die Qualitätsstrategie der Klinik erhalten die Mitarbeiter durch das jeweilige Betriebsleitungsmitglied in Zusammenarbeit mit der Qualitätsmanagementbeauftragten in den jeweiligen Besprechungen der Klinik und den Personalversammlungen.

QM-Aufgaben:

Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist als Stabsstelle der Betriebsleitung zugeordnet und hat folgende Aufgaben:

- Beratung der Betriebsleitung in allen qualitätsrelevanten Fragen
- Organisation, Koordination und Durchführung von Projekten und qualitätsverbessernden Maßnahmen
- Unterstützung von Projekten
- Entwicklung von Methoden/Instrumenten des Qualitätsmanagements
- Dokumentation und kontinuierliches Informationsmanagement (kontinuierlicher Informationsaustausch, regelmäßige Berichterstattung, Prozess- und Ergebnisdokumentation)
- Moderationsaufgaben
- Durchführung von Informationsveranstaltungen und Schulungen
- Durchführung von Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und Einweisenden Ärzten
- Entwicklung von Vorgehensweisen zur Erhebung der Behandlungsqualität

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz):

Unsere Standards stellen einen Qualitätsrahmen dar, der eine individuelle Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft ermöglicht. Diese Standards werden jährlich überprüft und überarbeitet, um so eine kontinuierlich hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten. Dazu hat die Rheinische Klinik für Orthopädie bereits seit über 10 Jahren eine eigene Arbeitsgruppe initiiert. Pflegerische Mitarbeiter entwickeln in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Direktor anhand nationaler Expertenstandards für die gesamte Klinik gültige Vorgehensweisen, evaluieren und verändern diese bei Bedarf. Die Arbeitsgruppe informiert die betroffenen Mitarbeiter in den regelmäßigen Besprechungen. An der Arbeitsgruppe ist ein Vertreter jeder Station beteiligt, der dann für die Weitergabe von neuen oder veränderten Standards an die Mitarbeiter verantwortlich ist. Zu den Standards gehören u.a.

- Dekubitusstandard
- Standard zur Sturzprophylaxe
- standardisierte Überleitungspflege (Entlassungsmanagement)

Für die Behandlung von konservativen Rückenpatienten wurden Behandlungsstandards entwickelt. Die schmerztherapeutische Behandlung der Patienten wird mittels standardisierter Fragebögen (Ostwestry, VAS) evaluiert und danach den Bedürfnissen der Patienten angepaßt. Mehrere wissenschaftliche Arbeiten unter der Leitung des Ärztlichen Direktors analysieren die Ergebnisse der Schmerzerhebung.

Beschwerdemanagement:

Wichtige Hinweise auf Verbesserungspotentiale erfährt die Krankenhausleitung über das Beschwerdemanagement, welches Patienten die Möglichkeit gibt schriftlich oder persönlich Anregungen oder Kritik zu äußern. In allen Bereichen stehen den Patienten oder deren Angehörigen Informationen hierzu zur Verfügung. In der Rheinischen Klinik für Orthopädie wurde hierzu ein strukturierter Ablauf entwickelt, mit dem es möglich ist Beschwerden und Anregungen zu erfassen und zeitnah zu bearbeiten. Ein Formular mit dem Titel „Ihre Meinung ist uns wichtig“ steht jedem Patienten oder Angehörigen in allen Bereichen der Klinik zur Verfügung. Eine schnelle Kenntnis, eine strukturierte Bearbeitung, bzw. Ableitung eines Verbesserungspotentials und Rückmeldung an den Patienten oder Angehörigen ist hier ein Ziel. Weiterhin steht eine Ombudsperson zur Annahme von Beschwerden den Patienten zur Verfügung.

Patienten-Befragungen:

Die Rheinische Klinik für Orthopädie führt regelmäßige Patientenbefragungen durch. Im Jahr 2006 wurde sie zum zweiten Mal vorgenommen. Der Fragebogen zur Patientenbefragung wurde in Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen aus den Rheinischen Kliniken und des Gesundheitsdezernats des Landschaftsverbands Rheinland in Zusammenarbeit mit einem Beratungsunternehmen entwickelt. Die Befragung wurde als Stichprobenerhebung vorgenommen. Das Klinikinterne Verfahren wurde vor der ersten Befragung in einer Auftaktsitzung mit der Pflegedienstleitung, den Stationsleitungen und der Qualitätsbeauftragten festgelegt und auch jedesmal so beibehalten. Dem jeweiligen Patienten wurde der Fragebogen kurz vor der Entlassung durch das Pflegepersonal ausgehändigt. Die Auswertung erfolgte durch das Beratungsunternehmen. Der Rücklauf der Befragung wurde mit 92,5% als sehr hoch bewertet und wies auch inhaltlich ein sehr positives Ergebnis auf. Verbesserungsmaßnahmen mussten daraus nicht abgeleitet werden.

Mitarbeiter-Befragungen:

Innerhalb des Verbundprojektes des Landschaftsverband Rheinland wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Zur Befragung wurde ein klinikübergreifender Fragebogen eingesetzt. Dieser wurde in einer Projektgruppe unter Mitwirkung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der wesent-

lichen Berufsgruppen aus allen Rheinischen Kliniken, des Gesundheitsdezernats, der Vertretung der örtlichen Personalräte und des Gesamtpersonalrates mit der Unterstützung eines externen Beratungsunternehmens entwickelt. Für die Rheinische Klinik für Orthopädie wurde der Fragebogen etwas modifiziert und den Belangen einer Orthopädischen Fachklinik angepasst. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden u. a. zur Arbeitszufriedenheit, der Zufriedenheit mit dem Vorgesetzten, zum Arbeitsumfeld befragt. In einer Auftaktsitzung für die Betriebsleitung und die Abteilungs- und Stationsleitungen wurde der Fragebogen vorgestellt und das Vorgehen abgestimmt. Jedem Mitarbeiter wurde ein Fragebogen mit der Gehaltsabrechnung zugestellt. Der ausgefüllte Fragebogen wurde direkt vom jeweiligen Mitarbeiter über den Postweg an das Beratungsunternehmen zur Auswertung gesendet. Das Ergebnis wurde zunächst den Mitgliedern der Auftaktgruppe vorgestellt. In zwei weiteren Veranstaltungen wurden die Ergebnisse allen Mitarbeitern bekannt gemacht. Mit der Befragung wurde über die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht. Allgemein wird das Erreichen dieser Zielgröße als sehr gutes Ergebnis gewertet.

Einweiser-Befragungen:

In der Rheinischen Klinik für Orthopädie werden regelmäßig Einweiserbefragungen vorgenommen. Die Befragungen in Interviewform werden nach einem vorgegebenen Leitfaden telefonisch durchgeführt. Die Auswahl der zu befragenden Einweiser erfolgt nach bestimmten Kriterien (Vieleinweiser, Rückläufigkeit der Einweisungen, Region, etc.). Das Ergebnis wird den Einweisern und den Mitarbeitern der Klinik schriftlich, aber auch in einer Veranstaltung mitgeteilt und diskutiert. Verbesserungspotentiale wurden festgestellt und dazu Maßnahmen ergriffen.

Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung:

Wichtig ist uns die umfassende Aufklärung der von uns behandelten Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung, sowie über die von uns angewandten Behandlungsmethoden, gleich ob konservativ oder operativ. Zahlreiche Informationsbroschüren zu verschiedenen Behandlungen stehen den Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Formulare zur Aufklärung vor einer Operation oder einem Eingriff liegen in verschiedenen Sprachen bereit.

Hygienemanagement:

Das Hygienemanagement wird von einer Hygienebeauftragten in Zusammenarbeit mit dem Hygienebeauftragten Arzt und dem Ärztlichen Direktor durchgeführt. Hygienestandards sind für alle Bereiche erstellt und unterliegen einer ständigen Überprüfung. Die Standards sind in jedem Bereich der Klinik vorhanden und jedem Mitarbeiter zugänglich. Die Hygienebeauftragte führt regelmäßige Mitarbeiterschulungen und Fortbildungen durch. Die Hygienekommission tagt zweimal jährlich und obliegt der Organisation der Hygienebeauftragten. Die Ergebnisse der Besprechungen werden in schriftlicher Form festgehalten. Sie sind Thema in allen Besprechungen der Klinik und werden dort an die Mitarbeiter weitergegeben. Die Hygienebeauftragte nimmt an der monatlichen Besprechung der Stationsleitungen teil. Weitere Aufgaben sind außerdem noch Begleitung von Begehungen, Erstellung der Infektionsstatistik der Klinik, z.B. Teilnahme an Baubesprechungen bei Neu- bzw. Umbauten.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Hintergrund des Problems:

Projekt: Aufbau eines ambulanten Operationsbereiches

Ambulantes Operieren nimmt einen immer größeren Stellenwert im Krankenhausbetrieb ein. Strukturierte, patientenorientierte Prozesse bilden hier eine wichtige Grundlage. In der Rheinischen Klinik wurden Patienten, bei denen eine ambulante Operation notwendig wurde, im stationären Bereich mitversorgt. Die Abläufe waren oft wenig strukturiert, Verantwortlichkeiten nicht geklärt. Die resultierende Fallzahl im ambulanten Operationsbereich wurde als zu niedrig anzusehen und sollte gesteigert werden. Aus diesem Grund wurde in einem Strategieworkshop das Projekt Aufbau eines ambulanten Operationsbereiches initiiert. Dort wurden Ressourcen, wie u.a. der Projektleiter, die Projektmitglieder, die Zeitplanung für das Projekt festgelegt.

Projekt: Aufbau und Einführung eines strukturierten Beschwerdemanagements

Beschwerden wurden von Betriebsleitung und Mitarbeiter der Klinik immer schon als Chance zur ständigen Verbesserung angesehen. Dennoch wurden Beschwerden unstrukturiert behandelt, nicht erfaßt und die Rückmeldung an Patienten oder Angehörige erfolgte gar nicht oder nicht zeitnah. Deshalb wurde das Projekt Aufbau und Einführung eines Beschwerdemanagements in Auftrag gegeben.

Projekt: Überleitungspflege

Eine gut strukturierte Überleitungspflege nimmt im Prozess Entlassungsmanagement einen hohen Stellenwert ein.

Für die Überleitungspflege gab es schon speziell zuständiges Pflegepersonal, dennoch waren die Abläufe von Entlassungsmodalitäten in Bezug auf Patienten, die im Anschluß an den Krankenhausaufenthalt der ambulanten bzw. stationären Pflege bedürfen, nicht allen Mitarbeitern des Pflegebereichs und den Ärzten bekannt. Bei Fehlen der zuständigen Mitarbeiter verliefen die Abläufe unstrukturiert und waren oft fehlerhaft. Die Strukturierung und die Dokumentation der Abläufe wurden von den Mitarbeitern der Überleitungspflege in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement der Klinik vorgenommen.

Projekt: Strukturierung der Öffentlichkeitsarbeit

Durch ein geringes Maß an Öffentlichkeitsarbeit war das Leistungsspektrum der Klinik wenig bekannt. Um den Bekanntheitsgrad zu steigern, wurde dieses Projekt Anfang 2006 ins Leben gerufen.

Zielformulierung:

Projekt Aufbau eines ambulanten Operationsbereiches

- Erfassung strukturierter patientenorientierter Abläufe
- Gestaltung eines eigenen Bereiches „Ambulantes Operieren“
- Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Steigerung der Anzahl ambulanter Operationen
- Vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur Steigerung des Bekanntheitsgrades

Projekt Beschwerdemanagement

- Strukturierte Abläufe des Beschwerdemanagements
- Information aller Mitarbeiter
- Information von Patienten und Angehörigen
- Zeitnahe Rückmeldung von Maßnahmen an Patienten und Angehörige
- Schnelle Bearbeitung und Rückverfolgung der Bearbeitung der Beschwerden

Projekt Überleitungspflege

- Strukturierte Patientensorientierte Abläufe
- Frühzeitige Organisation der Überleitungspflege
- Transparenz und Kenntnis der Abläufe durch alle Pflegekräfte und Ärzte

Projekt Öffentlichkeitsarbeit

- Steigerung des regionalen und überregionalen Bekanntheitsgrades der Klinik
- Gewinnung von Patienten
- Hohe Informationsquote über das Spektrum der Klinik bei Einweisern
- Gute Zusammenarbeit mit Zuweisern
- Hohe Identifikation der Mitarbeiter mit der Klinik

Maßnahmen und deren Umsetzung:

Projekt Aufbau eines ambulanten Operationsbereiches

In einer Projektarbeit wurden gesicherte, patientenorientierte Abläufe und Personalverantwortlichkeiten festgelegt. Der ambulante Bereich wurde vom stationären Bereich der Klinik vollkommen getrennt. Es wurden separate Räumlichkeiten in einem freundlichen Ambiente eingerichtet. Den Patienten und ihren Angehörigen steht nun ein moderner Warte-, -Vorbereitungs- und Überwachungsbereich zur Verfügung. Der Operationsaal ist nach modernsten Kriterien ausgestattet und hat eine separate Klimaversorgung. Dennoch ist die Nähe zur stationären Überwachungseinheit gegeben. Das Personal im ambulanten Operationsbereich rekrutiert sich von dort. Ein mühelos erreichbarer, separater Patientenparkplatz steht zur Verfügung. Durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, wie Gestaltung eines Flyers, Newsletters, Presseartikel, Bekanntgabe bei Ärztefortbildungen und Patientenveranstaltungen soll der Bekanntheitsgrad gesteigert werden.

Projekt Beschwerdemanagement

In einem Ablauf wurden die verschiedenen Wege einer Patientenbeschwerde erfasst, Reaktionswege definiert und Verantwortlichkeiten festgelegt. Ein Informationsbogen für Patienten und Angehörige wurde entwickelt und in allen Bereichen der Klinik verteilt. Die Mitarbeiter wurden in den regelmäßig stattfindenden Besprechungen über das Vorgehen informiert. Ihnen wurde hier auch nochmals verdeutlicht, dass Patientenbeschwerden die Chance einer steten Verbesserung darstellen.

Projekt Überleitungspflege

Die Abläufe, Tätigkeiten und die erforderlichen Formulare wurden erfasst und in einen geordneten Prozeß zusammengefasst. In den regelmäßigen Besprechungen wurden sie allen Mitarbeitern der betroffenen Berufsgruppen bekannt gemacht. Allen Mitarbeitern sind die Prozesse zugänglich, sie sind in einem Prozessordner in jedem Bereich vorhanden.

Projekt Öffentlichkeitsarbeit

Eine Planung für Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit wurde erstellt. Flyer und Broschüren wurden zu verschiedenen Themenbereichen gestaltet und sind Patienten und der interessierten Öffentlichkeit zugänglich. Durch regelmäßig erscheinende Presseartikel wird die breite Öffentlichkeit regional und überregional über die Leistungen der Klinik in allen Bereichen informiert. Der Internetauftritt obliegt einer ständigen Verbesserung, er wird aktuell auf Grundlage des neuen Corporate Design neu aufgebaut. Veranstaltungen für Patienten und interessierte Öffentlichkeit, sowie Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte gehörten in diese Planung und wurden erfolgreich durchgeführt. Ein Kongress „Orthopädie/Unfallchirurgie Update 2006“ wurde erstmalig mit großem Erfolg unter Beteiligung von nationalen und internationalen Experten und unter Leitung des Ärztlichen Direktors veranstaltet. Die Klinik beteiligte sich mit einem Infostand am Köln Marathon.

Evaluation der Zielerreichung:**Projekt Aufbau eines ambulanten Operationsbereiches**

Die Evaluation der Abläufe erfolgte nach drei Monaten durch die Projektgruppe und die Mitarbeiter des Bereiches. Dabei wurden Schwachstellen identifiziert und Vereinbarungen zur Beseitigung getroffen. Die Fallzahl in diesem Bereich wurde gegenüber den Vorjahren gesteigert. Eine weitere Steigerung ist durch die Betriebsleitung festgelegt. Die Zahlen werden vom Controlling erfasst und einmal monatlich der Betriebsleitung vorgelegt.

Projekt Beschwerdemanagement

Beschwerden werden durch das Qualitätsmanagement erfasst und deren Bearbeitung verfolgt. Größere Beschwerden werden in der wöchentlichen Betriebsleitungssitzung angesprochen, Maßnahmen werden beschlossen und deren Bearbeitung nachverfolgt.

Projekt Überleitungspflege

Die Planung der Überleitungspflege erfolgt frühzeitig. Bereits bei Aufnahme des Patienten wird der Bedarf geprüft und festgelegt. Ärzte und Pflegepersonal haben Kenntnis von den Prozessen der Überleitungspflege. Die Prozesse werden durch das zuständige Überleitungspflegepersonal ständig evaluiert und den aktuellen Vorgaben (z.B. Gesetze) angepaßt.

Projekt Öffentlichkeitsarbeit

Der Bekanntheitsgrad der Klinik wurde durch die strukturierte Öffentlichkeitsarbeit gesteigert. Die Veranstaltungen für potentielle Patienten und interessierte Öffentlichkeit weisen eine hohe Beteiligung auf. Die Fortbildungen für Ärzte und Mitarbeiter wurden gut frequentiert. Eine Internetstatistik wird vom Landschaftsverband seit einigen Monaten zur Verfügung gestellt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

KTQ - Kooperation und Transparenz in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Die Rheinischen Klinik für Orthopädie hat sich für das freiwillige krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren der KTQ- Gesellschaft entschieden. KTQ steht für Kooperation, Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen.

<http://www.ktq.de/>

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer umfassenden Selbstbewertung des Krankenhauses, auf die eine mehrtägige Visitation als Fremdbewertung durch drei externe Prüfer folgt. Alle patientenbezogenen Arbeitsabläufe werden damit kontinuierlich überprüft und bei Bedarf optimiert. Die Rheinische Klinik für Orthopädie befindet sich in der Vorbereitung zur Zertifizierung.

EFQM - European Foundation of Quality Management

Im Jahre 2003 hat die Rheinische Klinik für Orthopädie ihre erste Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell for Excellence (European Foundation for Quality Management) durchgeführt. Das EFQM-Modell ist ein Qualitätsmanagementmodell, welches alle wichtigen Bereiche eines Krankenhauses über 9 Kriterien wie Führung, Mitarbeiter, Strategie, Prozesse, Mitarbeiter-, Kunden- und Gesellschaftliche Ergebnisse und Schlüsselergebnisse betrachtet und so Verbesserungspotentiale in den betrieblichen Abläufen und Ergebnissen identifiziert. Die Durchführung der Selbstbewertungen erfolgte innerhalb eines einheitlichen, im Verbund der Kliniken des Landschaftsverband Rheinland abgestimmten Verfahrens. In der Rheinischen Klinik für Orthopädie wurden eine Reihe von Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Zur Umsetzung wurden Abteilungs- und/oder Berufsgruppenübergreifende Projekte durchgeführt.